FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

ANNEE 1967

N° 670

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

François MOUQUIN

Né le 2 août 1935 à Paris 8e

Interne des Hôpitaux de Paris

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU TRAITEMENT DES ARTHRITES SUPPUREES DE HANCHE A GERMES BANAUX CHEZ L'ADULTE.

Président : M. R. JUDET, Professeur.

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

ANNEE 1967 N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLÔME D'ÉTAT)

PAR

François MOUQUIN
Né le 2 août 1935 à Paris 8e
Interne des Hôpitaux de Paris

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE

CONTRIBUTION A L'ETUDE DU TRAITEMENT DES ARTHRITES SUPPUREES DE HANCHE A GERMES BANAUX CHEZ L'ADULTE.

Président : M. R. JUDET, Professeur.

ÉDITIONS A.G.E.M.P. 40 RUE PASCAL PARIS

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

15/1/1967

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy (Mlle J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN . . . . . Georges BROUET.

1er ASSESSEUR . . . . . Daniel BARGETON

2e ASSESSEUR . . . . . Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1° CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
—	HUARD (P.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
—	DESGREZ (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie expérimentale	MATHÉ (G.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie et Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
— —	COUJARD (R.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale, Droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
—	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

	MM.
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée	N...

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie	CABROL (Ch.)
Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.)
Physiologie	DEJOURS (P.) SCHERRER (J.)
Physique médicale	KELLERSHOHN (L.) GOUGEROT (L.) ROUCAYROL (J.-Cl.) TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

		MM.
Clinique carcinologique		DENOIX P.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)		REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)		SOULIÉ (P.)
— — (Boucicaut)		LENÈGRE (J.)
Cliniques chirurgicales	Beaujon	LORTAT-JACOB (J.-L.)
	—	BAUMANN (J.)
	Cochin	LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu	PATEL (J.)
	Saint-Antoine	GOSSET (J.)
	Salpêtrière	SICARD (A.)
	Tenon	OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)		MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — (Foch)		PADOVANI (P.)
— — — (Beaujon)		CAUCHOIX (J.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)		FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)		DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laennec)		MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)		DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)		DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)		LAMY (M.)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)		HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)		DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)		TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)		MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)		DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)		BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)		CASTAIGNE (P.)
Cliniques médicales	Bicêtre	DEPARIS (M.)
	Broussais	MILLIEZ (P.)
	Cochin	N...
	Hôtel-Dieu	BARIÉTY (M.)
	Pitié	DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine	CONTE (M.)
	Saint-Antoine	KOURILSKY (R.)
	Saint-Antoine	BOUDIN (G.)

	MM.
Clinique d'hydrologie et de climatologie (Bichat)	DEBRAY (Ch.)
Clinique médicale infantile et pédiatrie sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies métaboliques (Hôtel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique néphrologique (Necker)	HAMBURGER (J.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Clinique neurologique (Salpêtrière)	GARCIN (R.)
Cliniques obstétricales — Baudelocque	LACOMME (M.)
Cliniques obstétricales — Saint-Antoine	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	OFFRET (G.)
— — (Cochin)	BREGEAT (P.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie (Trousseau)	MOZZICONACCI (P.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (Saint-Vincent-de-Paul)	THIEFFRY (S.)
Clinique de pneumo-phtisiologie (Laennec)	BROUET (G.)
Clinique de neuro-psychiatrie infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique de rhumatologie (Lariboisière)	SÈZE (S. de)
Clinique stomatologique (Salpêtrière)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	ROUX (M.)
Clinique thérapeutique médicale (Saint-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique toxicologique (F. Widal)	GAULTIER (M.)
Clinique traumatologique et orthopédique (R.-Poincaré)	JUDET (R.)
Clinique urologique (Cochin)	ABOULKER (P.)
— — (Necker)	COUVELAIRE (R.)
Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	LAPLANE (R.)
Séméiologie médicale (A. Chantin)	DOMART (A.)
— — (Lariboisière)	BOUVRAIN (Y.)
— — (Pitié)	RAMBERT (P.)
— — (Rothschild)	WOLFROMM (R.)
Séméiologie et clinique chirurgicales (Broussais)	POILLEUX (F.)

b) Professeurs à titre personnel :

Hématologie	ANDRÉ (R.)
	BOUSSER (J.)
Hydrologie et climatologie	GIBERTON (A.)
Maladies infectieuses	BASTIN (R.)
	AZERAD (E.)
Médecine	BOUR (H.)
	CAROLI (J.)
	DREYFUS (B.)
	GROSSIORD (A.)
	LAMBLING (A.)
	LAUNAY (Cl.)
	PAYET (M.)
	PERRAULT (M.)
	SIGUIER (F
	WORMS (R.)
Néphrologie	RICHET (G.)
Neuro-chirurgie	LE BEAU (J.)
Neurologie	LHERMITTE F.
Neuro-psychiatrie	PICHOT (P.)
Oto-Rhino-Laryngologie	MADURO (R.)
Pédiatrie	POLONOVSKI (Cl.)
	ROYER (P.)
Pneumo-Phtisiologie	KREIS (B.)
	MEYER (A.)
Rhumatologie	DELBARRE (F.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE

	MM
Anatomie pathologique	GOUYBOU (Ch.)
Bactériologie	CHRISTOL (D.)
Biochimie médicale	CARTIER (P.) GONNARD (P.) NORDMANN (J.)
Biologie médicale	HARTMANN (L.)
Chirurgie	CERBONNET (G.)
Hématologie	BILSKI-PASQUIER (B.)

	MM.
Maladies infectieuses	DUPONT (V.)
Neuro-psychiatrie	TARDIEU (G.)
Pédiatrie	ROSSIER (A.)
Physique médicale	COURSAGET (J.) GREMY (F.)
Physiologie	GIRARD (Fr.)
Stomatologie	CHAPUT (Mme A.)

III. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

IV. — PROFESSEURS ASSOCIÉS

Hormonologie	MORICARD (R.)
Statistique médicale et épidémiologique	SCHWARTZ (D.)

Secrétaire général de la Faculté	M. LENA (J.)
Conseiller administratif	Mlle CHAINTREUIL (G.)
Conservateur en Chef de la Bibliothèque Conservateur du Musée d'Histoire de la Médecine	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Mlles DUMAITRE (P.), LAURENT (H.), LE NOIR (G.)
Bibliothécaires	Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Mlles DUROZOY (M.-F.), ROBERGE (D.), Dr SCHILLER (J.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE.

Médecin de l'Hôpital BROUSSAIS.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546604_0071

A mon MAITRE, Monsieur le Professeur Robert JUDET,

- Chirurgien de l'Hôpital Raymond Poincarré,
- Professeur de clinique traumatologique et orthopédique,
- Membre de l'Académie de Chirurgie,
- Officier de la Légion d'Honneur,

cette thèse qu'il m'a fait l'honneur de me confier : qu'il veuille trouver ici la très simple expression de ma profonde reconnaissance ... car envers lui ma dette est si grande qu'en spécifier une partie ce serait avoir l'air d'en répudier l'autre ou d'en taire le reste.

A Messieurs les Docteurs :

- Gérald LORD.

Chirurgien des Hôpitaux.

- Emile LETOURNEL :

Ils m'ont aidé l'un de ses conseils, l'autre de ses observations personnelles, tous deux de leur expérience et de leur sagesse : qu'ils en soient ici respectueusement remerciés.

A mes Maîtres d'EXTERNAT :

- Monsieur le Professeur Jean GOSSET,
- Monsieur le Docteur Lucien ROUQUES,
- Monsieur le Docteur André LAMBLING,
- Monsieur le Professeur Lucien de GENNES,
- Monsieur le Professeur Paul MILLIEZ.

A la mémoire du Docteur Pierre TANRET, dont je fus un an l'interne provisoire.

A mes Maîtres d'INTERNAT :

- Monsieur le Professeur André DUFOUR,
- Monsieur le Professeur Agrégé Claude HOUDARD,
- Monsieur le Professeur Agrégé Gilles EDELMANN,
- Monsieur le Professeur Jacques HUGUIER,
- Monsieur le Professeur Lucien LEGER,
- Monsieur le Professeur Robert JUDET.

En témoignage de ma respectueuse admiration
et de mon très fidèle attachement.

Aux assistants de mes Maîtres :

- Docteur Marc HIVET.
- Professeur Agrégé Paul DAUTRY.
- Docteur ANDRE.
- Docteur Gérard THELLIER.
- Professeur Agrégé Philippe BOUTELLER.
- Professeur Georges CERBONNET.
- Docteur Yves CHAPUIS.
- Professeur Agrégé Jean-Claude PATEL.
- Docteur Jean LAGRANGE.
- Professeur Agrégé Raymond ROY-CAMILLE.

Avec toute la reconnaissance et l'affection qu'un cadet peut vouer à ses aînés.

A mes AMIS.

et tout particulièrement à trois d'entre eux auxquels je suis lié par la chance de mille rencontres, par autant de peines et de joies partagées, par autant de souvenirs et d'affinités :

- Claude FAVIER.
- Jacques-Henri MAROTTE.
- Alain PATEL.

... Ce qu'ils disent aussi de mes raisons, que "plusieurs les ont lues sans en être persuadés", peut aisément être refuté, parce qu'il y en a quelques autres qui les ont comprises et en ont été satisfaits ; car on doit plus croire à un seul qui dit, sans intention de mentir, qu'il a vu ou compris quelque chose, qu'on ne doit faire à mille autres qui la nient pour cela seul qu'ils ne l'ont pu voir ou comprendre : ainsi qu'en la découverte des antipodes on a plutôt cru au rapport de quelques matelots qui ont fait le tour de la terre qu'à des milliers de philosophes qui n'ont pas cru qu'elle fut ronde.

(Lettre de DESCARTES à Mr. CLERSELIER).

oOo

Ambition d'une intervention qui soit chargée de moins d'aléas et grevée de moins d'inconvénients que celles dont nous disposions jusqu'à présent, la résection de hanche suivie de coaptation trochantéro-cotyloïdienne par fixation externe semble devoir répondre à l'espérance qui la fît naître.

oOo

NOUS ENVISAGERONS SUCCESSIVEMENT :

I - Ce qu'étaient les traitements classiques de ces arthrites aiguës ou subaiguës.

II - Les raisons de cette nouvelle tentative thérapeutique et celles du choix du fixateur externe à compression comme matériel d'immobilisation.

III - Les différentes causes d'arthrites sesptiques de hanche chez les malades auxquels nous avons proposé cette intervention.

IV - Le comment de l'intervention et ce que doivent être les soins post-opératoires.

V - Quels furent enfin les résultats obtenus.

I - CE QU'ETAIENT LES TRAITEMENTS CLASSIQUES DE CES ARTHRITES AIGUES OU SUBAIGUES :

Qu'elles soient d'origine hématogène, qu'elles succèdent à l'injection intra-articulaire d'hydrocortisone, ou qu'elles compliquent une intervention chirurgicale sur la hanche, ces arthrites septiques ont, à juste titre, mauvaise réputation : leur relative rareté ne les empêche pas d'être redoutables et elles mettent en jeu toujours l'avenir fonctionnel de la hanche, parfois la vie du malade.

Cette gravité de l'affection va de pair avec la difficulté de son traitement, mais avant d'aborder le pourquoi et le comment de cette résection de hanche suivie de coaptation trochantéro-cotyloïdienne, il nous faut jeter un coup d'oeil en arrière sur ce que furent, depuis les antibiotiques, les thérapeutiques habituellement proposées.

1 - L'immobilisation, associée aux transfusions, aux antibiotiques à forte dose et parfois à la traction continue, était l'essentiel, la base du traitement.

- Elle était réalisée par un grand plâtre pelvi-bicruro-pédieux.

- La traction continue était assurée par l'intermédiaire d'une broche trans-tibiale et avait pour but d'éviter le contact des deux surfaces articulaires ... ou de ce qu'il en restait. D'ailleurs elle était quelquefois employée sans le secours du plâtre puisqu'aussi bien elle était capable de prévenir l'installation d'une attitude vicieuse tout en assurant une immobilisation relative.

Il n'est pas dans notre idée de vouloir jeter le discrédit sur une méthode qui compte indiscutablement à son actif un certain nombre de guérisons et qui conserve des indications, mais il est non moins indéniable que cette attitude thérapeutique comportait de sérieux inconvénients :

- L'inconfort extrême et l'extrême longueur de cette immobilisation.

- Et puis surtout le caractère souvent instable de la guérison des phénomènes infectieux dont on sait la fâcheuse tendance aux réveils même tardifs, même sur une hanche ankylosée.

2 - Les interventions de drainage étaient parfois nécessitées par l'apparition d'une tuméfaction fluctuante de la racine de la cuisse, ou décidées sur la notion d'une douleur pulsatile ne cèdant pas à l'immobilisation, ou envisagées secondairement devant la persistance des douleurs et le caractère oscillant de la courbe thermique malgré le traitement antibiotique.

- La plus simple était l'arthrotomie de drainage : la meilleure voie étant celle, préconisée par CADENAT, qui, postéro-externe, passant au bord antérieur du grand fessier, assurait un bon drainage déclive.

- La deuxième variété s'adressait plus particulièrement aux lésions destructrices : c'était une résection de drainage, résection céphalique ou cervico-céphalique à laquelle on était conduit la main forcée par l'importance des lésions osseuses.

Une variante de cette résection de drainage concernait les arthrites survenues après traitement chirurgical d'une fracture du col fémoral ; elle comportait suivant les cas l'ablation du clou et de la tête fémorale après enclouage, ou l'ablation de la prothèse après arthroplastie.

Voilà donc, si l'on exclut de ces moyens thérapeutiques la dramatique désarticulation de hanche dont l'indication restait heureusement une rarissime exception, voilà donc quelles étaient les armes que l'usage et la raison mettaient à notre disposition. Encore leur emploi était-il souvent imposé par les circonstances beaucoup plus qu'orienté par un choix préférentiel, et par surcroît il s'en fallait de beaucoup qu'il fût avec régularité couronné de succès :

- Les résultats favorables :

- Certains l'étaient au-delà de toute espérance : le malade retrouvait une hanche mobile, indolore et sèche, sans qu'un réveil infectieux tardif ne vienne soudain tout remettre en question.

- La plupart, en fait, ne devaient de l'être qu'à la grâce d'une ankylose spontanée ou tout au moins d'une importante raideur, telle qu'elle était presque, par la gène engendrée, l'équivalent d'une arthrodèse.

- D'autres enfin ne le devenaient que secondairement, par le biais d'une arthrodèse chirurgicale secondaire : encore celle-ci n'était-elle pas toujours obtenue à la première tentative ni toujours sans réveil septique.

- Les résultats défavorables :

- C'était parfois ces hanches ballantes observées après certaines résections de la tête et du col.

- C'était souvent des hanches un peu mobiles mais douloureuses au point parfois d'interdire l'appui ou même d'empêcher le sommeil.

- C'était encore et surtout tous ces cas qu'une récidive septique acheminait vers la fistulisation, traduction d'une ostéite sous-jacente dont on ne savait que trop bien l'évolution traînante entrecoupée de rémissions.

En somme, faire confiance à l'immobilisation plâtrée et aux antibiotiques, y adjoindre au besoin une incision de drainage, puis, de tout cela, attendre un résultat heureux, c'était un peu se fier au hasard, c'était un peu avoir de la chance. Ajoutons enfin que ce bon résultat, quand il survenait, avait pour rançon, presque deux fois sur trois, de laisser une articulation sinon toujours ankylosée, du moins souvent très enraidie, et cela après des mois, voire des années de traitement.

Ces données ne constituent pas des indications jetées au hasard, et pour se convaincre tant des délais de guérison des arthrites septiques traitées par simple immobilisation que des échecs fréquents de cette méthode, il suffit de s'arrêter aux deux seules publications récentes concernant un certain nombre de cas d'arthrite aiguë de hanche chez l'adulte :

- L'une a été faite dans le cadre du cours supérieur d'orthopédie de l'Hôpital Cochin. Elle fait état de 23 cas parmi lesquels :

  - 5 malades seulement ont conservé une mobilité normale ou subnormale,
  - les 18 autres sont très enraidis ou ankylosés, trois d'entre eux sont fistulisés et six d'entre eux durent subir secondairement une arthrodèse chirurgicale, pratiquée 6 à 18 mois plus tard.

- La seconde publication a été rapportée en juillet 1965 par KELLY, MARTIN et COVENTRY ; elle analyse 25 cas d'arthrite aiguë hématogène de la hanche chez l'adulte, traités par les méthodes classiques. Sur ces 25 cas :

  - Six malades sont décédés, ce qu'il faut sans doute mettre sur le compte du terrain ou d'autres localisations septicémiques.
  - Mais à propos des 19 malades restants, on ne peut manquer d'être surpris par l'extrême longueur de l'immobilisation, puisque 10

d'entre eux ont été plâtrés plus de six mois, dont trois pendant
* plus d'un an... et encore faut-il noter que tous ces malades ne sont pas guéris, puisque quelques uns restent fistulisés.

A considérer ces chiffres et ces résultats, à constater la rareté avec laquelle on obtient la restitution d'une fonction articulaire acceptable, on en vient à douter si l'immobilisation platrée associée aux antibiotiques et au besoin à une intervention de drainage constitue réallement le meilleur traitement que l'on puisse offrir à ces malades.

ooo

II - DE LA DECISION D'ANKYLOSE CHIRURGICALE D'EMBLEE AU CHOIX DU FIXATEUR EXTERNE A COMPRESSION

Il n'était pas suffisant de renoncer à une attitude thérapeutique classique pour en faire surgir une autre, et celle qu'adopta notre Maître le Professeur Robert JUDET devait naître d'une constatation pour se renforcer d'une hypothèse :

- La constatation, c'était, nous l'avons vu, que ces hanches infectées étaient presque toutes vouées à la raideur ou l'ankylose, et souvent à la suppuration chronique.

- L'hypothèse, c'était que seule une très large excision des tissus infectés permettrait d'obtenir la cédation des phénomènes infectieux en même temps que d'améliorer l'état général très atteint de ces malades qui suppuraient depuis des mois ou des années, et chez lesquels l'intervention devenait ainsi une véritable opération de "sauvetage".

Il fallait donc pratiquer une large résection de la hanche, et la terminer par une mise au contact des surfaces fémorale et cotyloïdienne comme on aurait fait pour une arthrodèse. De l'idée de sa réalisation, le cheminement devait prendre peu à peu l'allure d'une nécessité dès que l'on en venait à peser les inconvénients de cette intervention avec le poids de ses avantages escomptés :

- elle impliquait bien sûr un sacrifice, mais ce n'était après tout que celui d'une mobilité déjà très compromise du seul fait de l'atteinte articulaire.

- elle offrait en contrepartie d'indiscutables avantages :

= Celui de permettre une excision aussi complète que possible des lésions, contrairement aux simples incisions de drainage,

= Celui de supprimer l'espace mort créée par cette excision, contrairement aux résections de la tête et du col : celles-ci avaient en effet l'inconvénient majeur de laisser persister un important espace mort, suscep-

tible de donner une hanche ballante comme de favoriser un réveil infectieux.

= L'avantage enfin de promettre une hanche stable, indolore et en bonne position, de façon plus sûre et dans des délais plus rapides qu'une autre intervention qui fût quelquefois employée dans les arthrites aigues de hanche bien qu'elle ait été initialement destinée aux séquelles des luxations de l'enfant : nous voulons parler de la trochantéroplastie de COLONNA. Cette intervention avait l'intérêt d'effacer l'espace mort en même temps que celui d'assurer une bonne stabilité, mais l'abduction initiale n'en était pas toujours correctible par postures et enfin elle laissait persister une mobilité... peut être peu souhaitable en définitive.

Ainsi, les mauvais résultats d'ensemble de l'immobilisation platrée, comme les inconvénients respectifs de la résection simple ou de la trochantéroplastie, tout concourrait à faire entreprendre une sorte d'arthrodèse d'emblée. Il restait à en préciser les modalités :

- Il était exclu de pouvoir recourir aux procédés classiques de fusion osseuse entre la tête et le cotyle, et cela pour deux ordres de raisons :

. l'un anatomique : c'est que la tête, quand elle est encore en place, est d'autant plus mal vascularisée que souvent le ligament rond a disparu du fait de l'infection, et que les fractures du col fémoral constituent très volontiers l'occasion du sepsis.

. l'autre tient au principe même de l'intervention qui doit exciser tous les tissus infectés et nécrotiques ; or exciser les tissus septiques, cela veut dire ici, précisément, emporter la tête fémorale ou ce qu'il en reste, et souvent aussi tout ou partie du col.

- Il fallait donc, soit par prudence, soit par nécessité, reporter en dehors de la tête fémorale un appui que l'on ne pouvait pas lui confier. Il fallait, si l'on voulait amener les deux exdrémités osseuses au contact l'une de l'autre, que cette coaptation fut trochantérocotyloïdienne, ou tout au moins cervico-cotyloïdienne.

Mais comment dès lors, en assurer le maintien solide, étant entendu qu'il important :

- d'une part d'éviter, dans la mesure du possible, l'inconfort d'une immobilisation plâtrée ;
- et d'autre part d'assurer un parfait contact des surfaces osseuses.

A cause de l'infection, on ne pouvait employer aucun matériel métallique perdu, pas plus qu'il n'était prudent de recourir à quelque apport osseux que ce soit... et ce d'autant moins que l'on ne recherchait pas à tout prix l'obtention d'une ankylose osseuse.

La difficulté du montage semblait donc grande à cause des exigences dont il fallait entourer son choix : elle allait cependant se résoudre... presque d'elle même grâce à un matériel dont la mise au point n'était plus à faire et qui avait fait ses preuves dans le problème au fond assez voisin des pseudarthroses suppurées : le fixateur externe à compression :

- Du fixateur externe lui même, il est inutile de souligner ici tout ce que doit la chirurgie osseuse à un procédé de contention qui permet d'assurer un montage parfaitement solide tout en évitant la présence de matériel métallique dans le foyer. Il est plusieurs types de fixateurs externes : celui auquel nous avons eu constamment recours est le modèle qu'a mis au point notre Maître le Professeur JUDET.
- De la compression par contre, il y aurait d'autant plus à dire que l'on en sait moins sur le rôle qu'elle joue dans la consolidation osseuse. Mais à côté des réactions tissulaires qu'elle induit et qui restent très mal connues, il est hautement probable qu'elle fait intervenir des facteurs mécaniques qui sont :
  - D'une part un meilleur contact des surfaces osseuses grâce à la permanence même de cette compression élastique.
  - D'autre part une meilleure immobilisation :
    - c'est d'ailleurs aux heureux effets de cette dernière que beaucoup attribuaient la consolidation rapide des résections du genou de KEY et de CHARNLEY.

. Et de plus, dans l'éventualité septique qui nous occupe, il est probable qu'une immobilisation très stricte n'est pas étrangère aux bons résultats obtenus, comme d'ailleurs dans les pseudarthroses infectées.

oOo

III - LES MALADES AUXQUELS NOUS AVONS PROPOSE CETTE INTERVENTION :

Dans la pratique tant hospitalière que privée du Professeur JUDET et de ses assistants, nous avons relevé, échelonnés sur les cinq dernières années, VINGT cas d'arthrite aiguë ou subaiguë de hanche. Il n'est pas dans notre propos d'insister sur la tràduction clinique ou radiologique de ces arthrites, mais seulement d'en souligner quelques aspects ETIOLOGIQUES :

- Il s'agit presque toujours de sujets relativement âgés, puisque 60 °/₀ d'entre eux ont plus de 60 ans.

- Ils étaient presque tous porteurs de cette arthrite aiguë ou subaiguë, fistulisée ou non, depuis plusieurs mois : 70 °/₀ d'entre eux suppuraient depuis plus de six mois, et l'un d'eux était fistulisé depuis quinze ans.

- Suivant l'intervention ou le geste responsable de l'infection, il est possible de distinguer schématiquement deux groupes étiologiques, puisque nous trouvons :

. 12 arthrites - soit 60°/₀- compliquant le traitement chirurgical d'une fracture du col fémoral. L'âge moyen de ces 12 malades est de 62 ans, et trois d'entre eux avaient plus de soixante-dix ans.

. 8 arthrites - soit 40°/₀- de causes diverses, avec un âge moyen de 56 ans, où nous pouvons dénombrer :

TROIS coxarthroses traitées chirurgicalement, respectivement par "cup", prothèse acrylique et ostéotomie de MAC MURRAY

DEUX coxarthroses traitées par injections intra-articulaires d'hydrocortisone,

DEUX fractures du cotyle opérées,

Enfin UNE ostéite cotyloïdienne d'origine hématogène.

- Du point de vue BACTERIOLOGIQUE enfin, il nous faut distinguer deux groupes de cas :

  - Pour 7 cas, soit pour 35 °/₀ des cas, nous ne possédons malheureusement pas l'identification du germe, soit que celle-ci ne figure pas dans le dossier, soit que le germe n'ait pas été retrouvé malgré l'évidence de la nature septique de cette arthrite : il s'agissait en effet de malades traités depuis très longtemps par les antibiotiques et chez lesquels les cultures que nous avons pratiquées au moment de l'intervention, sont restées négatives.

  - Dans les 13 autres cas - soit dans 65°/₀ des cas, le germe a été mis en évidence soit par prélèvement sur une fistule, soit par prélèvement per-opératoire. Il s'agissait :

    . 8 fois d'un STAPHYLOCOQUE DORE,
    . 3 fois d'un STAPHYLOCOQUE "BLANC",
    . 1 fois d'un PYOCYANIQUE,
    . 1 fois d'un PROTEUS

Nous résumons dans le tableau suivant ces quelques données étiologiques en précisant notamment :

- quels furent les traitements initiaux entrepris devant ces arthrites aiguës avant qu'elles ne nous soient confiées,
- quels furent les délais qui s'écoulèrent entre l'apparition clinique de l'infection et l'intervention qu'elle devait nous faire entreprendre.

(Cf. Tableau I)

oOo

	AGE	ETIOLOGIE	TRAITEMENT INITIAL	DELAI
Obs.I	48	Fracture du col : Ostéotomie pour coxa vara	- plâtre, - puis mise à plat - puis ab. matériel	20 mois
Obs.II	58	Fracture du col : Prothèse d'AUSTIN MOORE	- drainage, - puis extension	19 mois
Obs. III	71	Fracture du col : Prothèse d'AUSTIN MOORE	- - - -	6 mois
Obs.IV	69	Fracture du col enclouée : ablation du clou	- - - -	2 ans
Obs.V	45	Fracture du col : Ostéotomie pour Coxa vara	Excision, à trois reprises, de trajets fistuleux	18 mois
Obs.VI	73	Fracture sous-trochantérienne : clou à clavette	- - - -	4 mois
Obs.VIII	66	Fracture du col Enclouage	Ablation du clou, remplacé par une tête de MOORE	38 mois
Obs.IX	61	Fracture du col : - d'abord vissée, - puis tête de MOORE	Extension continue pendant quatre mois	4 mois
Obs.X	63	Fracture du col : clou-plaque	Ablation du clou	1 an
Obs.XVI	79	Fracture du col : enclouage	- ablation du clou - incisions d'abcès	7 ans

TABLEAU II

	AGE	ETIOLOGIE	TRAITEMENT INITIAL	DELAI
Obs. XVII	58	Fracture du col : vissée et greffée	Curetage d'un trajet fistuleux	14 mois
Obs. XVIII	60	Fracture du col : enclouage	----	1 mois
Obs; VII	68	Coxarthrose : "cup"	-----	13 mois
Obs. XII	63	Coxarthrose : "Mac MURRAY"	Ablation des vis et montage de l'ostéotomie par fixateur externe	12 mois
Obs. XIII	51	Coxarthrose : Prothèse acrylique	Multiples incisions d'abcès	15 ans
Obs XV	41	Coxarthrose : injections d'hydrocortisone	---	2 mois
Obs XIX	66	Coxarthrose : injections d'hycortisone	Arthrotomie de drainage	8 mois
Obs.XI	52	Fracture-luxation de la hanche. Réduction sanglante	Ablation du matériel d'ostéosynthèse	4 mois
Obs. XIV	65	Fracture du cotyle Prothèse céphalique	- ablation de la prothèse, - et mise en traction	1 an
Obs. XX	43	Ostéite du cotyle Curetage	---	3 mois

TABLEAU I (suite)

IV - L'INTERVENTION

- C'est une intervention grave parce que longue et hémorragique chez des malades dénutris et infectés, souvent alités depuis longtemps. C'est pourquoi il est nécessaire de faire précéder l'intervention d'une phase de préparation d'une à deux semaines que l'on emploiera :

. à remonter le chiffre de globules rouges par plusieurs transfusions
. à mettre en oeuvre un traitement antibiotique intensif par voie intraveineuse.

- C'est une intervention de chirurgie ostéo-articulaire qui va nécessiter l'emploi d'une table orthopédique : elle seule en effet permet d'éviter les toujours difficiles manipulations d'un membre inférieur et de le placer avec certitude dans la position voulue.

- La technique que nous allons décrire est celle qui fût mise au point par notre Maître le Professeur JUDET. Elle a été employée dans tous les cas que nous rapporterons. Elle comprend trois temps principaux :

. une excision aussi complète que possible,
. une translation interne du fémur,
. une parfaite immobilisation.

oOo

1 - LA VOIE D'ABORD

Le malade est installé en décubitus dorsal, sur table orthopédique. La hanche est abordée par incision de SMITH-PETERSEN

2 - L'EXCISION DES TISSUS PATHOLOGIQUES

L'articulation étant ainsi découverte et largement exposée, commence l'excision de l'infection. C'est le temps essentiel, celui qui justifie l'intervention, celui sans lequel les temps suivants seraient sans raison d'être, puisque le but poursuivi n'est pas tant, au fond, d'arthrodéser une hanche, que plutôt de guérir une ostéo-arthrite :... et l'expérience des ostéites a montré que le chemin de cette guérison passait par l'excision de tous les tissus infectés. Il faut aller jusqu'en "zone saine" et par conséquent :

- Evacuer et cureter les éventuelles collections péri-articulaires.
- Exciser largement la capsule et la synoviale, souvent considérablement hypertrophiées, remaniées par l'infection et la sclérose.
- Enlever la tête fémorale et le col aussi loin qu'il est nécessaire, ou bien, quand l'infection succède à la mise en place d'une prothèse, enlever celle-ci et régulariser sa zone d'appui sur un col à demi résorbé, ostéitique, nécrosé.
- On a dès lors un jour parfait sur la partie postérieure de la capsule qui subira le même sort que sa partie antérieure, et sur le cotyle : il est presque toujours envahi de fungosités, truffé de micro-abcès, encroûté d'un cartilage nécrosé qui part en lambeaux et qui recouvre un os visiblement atteint, semé de cavités géodiques infectées : autant de lésions dont il faut pratiquer l'exérèse, à la curette et au ciseau, jusqu'à parvenir en os "sain".

L'étendue de cette excision est donc susceptible de varier beaucoup d'un cas à un autre avec l'importance de l'atteinte osseuse comme avec celle des parties molles et suivant l'existence ou non de trajets fistuleux et de fusées péri-articulaires. Il faut faire, à ce propos, trois remarques :

a) - La première concerne le caractère relativement "choquant" de ce temps opératoire : en raison de l'habituelle hypervascularisation de ces tissus infectés, il est souvent très hémorragique et demande donc une très attentive compensation sanguine.

b) - La seconde a trait aux arthrites qui surviennent après un clouage d'une fracture du col : il est en effet indispensable de cureter le trajet du clou avec autant de soins que l'on en apporte à l'excision cotyloïdienne. Cela sous-entend que l'épiphyse risque de s'en trouver singulièrement fragilisée : il faudra en tenir compte lors de la mise en place des fiches de fixateur.

c) - La troisième intéresse les fusées purulentes pré-articulaires. On sait qu'elles peuvent glisser vers le triangle de Scarpa ; on sait aussi quel est l'axe de ce triangle et que les vaisseaux fémoraux se projettent précisément sur la tête fémorale.... Bien que nous n'ayons eu aucun accident vasculaire dans les cas que nous allons rapporter, il faut néanmoins connaître ce risque que fait côtoyer le curetage d'une de ces fusées vers les gros vaisseaux.

Enfin, on ne manquera pas, malgré le traitement antibiotique déjà entrepris, de terminer ce temps d'excision par un prélèvement pour examen bactériologique, examen important s'il permet d'identifier le germe, d'en tester les résistances, d'en connaître la sensibilité.

3 - LA PREPARATION DES SURFACES OSSEUSES

Une fois l'excision parachevée, le temps suivant est la préparation des surfaces osseuses que l'on veut amener au contact l'une de l'autre, en sachant que d'un côté comme de l'autre cette résection devra être aussi économique que le permet le temps d'excision, afin de limiter l'importance du raccourcissement.

a) - Il faut commencer par la préparation de la surface cotyloïdienne. Elle nécessite :

- d'une part la taille, au ciseau, du toit du cotyle, de façon à obtenir une surface plane horizontale.

- d'autre part un avivement de l'arrière-fond et surtout une résection des deux cornes du cotyle : sorte de cotyloïdectomie inférieure, c'est elle qui permet d'obtenir une bonne translation interne sans nécessiter d'abduction.

b) - Il faut ensuite tailler les surfaces fémorales, c'est-à-dire le grand trochanter. Celui-ci est d'abord débarrassé des insertions musculaires des pelvi-trochantériens et du moyen fessier. Puis son extrémité supérieure est abrasée de façon à obtenir une surface d'appui horizontale et suffisamment large, qui viendra se placer sous le toit cotyloïdien : ceci pour la coaptation trochantéro-cotyloïdienne proprement dite.

Dans certains cas cependant, on se trouvera bien de conserver la base d'un col bien vascularisé, pour pouvoir prolonger à son niveau, sur sa face supérieure, la surface de coupe trochantérienne : la coaptation sera cervico-trochantéro-cotyloïdienne : elle a l'avantage de donner peut être un meilleur appui et surtout de ne pas nécessiter une translation interne aussi marquée que dans le cas précédent.

c) - Il reste alors à encastrer, par translation interne, l'extrémité supérieure du trochanter dans le cotyle et à placer le membre en position convenable, c'est-à-dire :

- sans flexion excessive.
- sans rotation, où avec une très légère rotation externe (de 5° environ)
- avec une très discrète abduction, qui ne doit pas dépasser 5 à 10 degrés.

4 - IL FAUT DES LORS ASSURER LE MONTAGE :

- C'est un temps difficile.
- Il fût primitivement assuré par un seul fixateur mais il s'avéra vite que ce fixateur unique ne donnait pas une immobilisation suffisante pour que l'on pût se passer d'y adjoindre un plâtre.
- Aussi toutes nos coaptations trochantéro-cotyloïdiennes sont-elles actuellement maintenues par deux fixateurs externes placés perpendiculairement l'un par rapport à l'autre.

a) - Il faut commencer par mettre en place le plus important des deux : le fixateur sagittal, antérieur.

- Légèrement incliné dans le plan de l'aile iliaque, il est difficile à placer car l'implantation première des fiches dans l'iliaque tendrait à fixer la cornière en adduction, si bien que son extrémité inférieure viendrait, en bas, en dedans de la diaphyse fémorale.

- Il importe donc de placer tout d'abord les deux fiches extrêmes, en repérant sous contrôle de la vue que les fiches intermédiaires viendront :

  . pour les supérieures : sinon dans la crête iliaque, du moins dans l'aile iliaque,

  . pour les inférieures : dans la région métaphysaire du fémur.

- On parvient ainsi à mettre en place trois fiches dans l'iliaque et quatre dans le fémur, celles-ci étant inévitablement trans-quadricipitales : c'est là un facteur d'adhérences dont le retentissement sur la fonction du genou est, nous le verrons, considérable.

- Précisons encore deux points de détail :

  . Lorsqu'on emploie une cornière à hémi-compression, il semble préférable de placer les trous ovales en regard du fémur et les autres en regard de l'iliaque.

  . Enfin, pour éviter les débridements cutanés en regard de chaque fiche, il faut placer ces dernières en percutané, à travers la berge interne de l'incision.

b) - On met ensuite en place le deuxième fixateur, externe et frontal :

Son appui iliaque, bien que souvent précaire, permet habituellement de compléter la fixation de façon très satisfaisante, et on se contente généralement de quatre à cinq fiches : deux dans l'iliaque et deux ou trois dans le fémur.

c) - Il est cependant des cas - trop récents pour figurer dans cette série où le montage par deux fixateurs s'est révélé impossible ou inefficace on

raison d'une extrême obliquité de l'aile iliaque : il fallut recourir à trois fixateurs, dont l'un, exclusivement iliaque, servait de point d'appui au troisième qui allait rejoindre le premier, réalisant ainsi un montage triangulaire.

5 - IL RESTE ALORS

- A faire un lavage du Dakin de la plaie opératoire,
- A mettre des antibiotiques locaux,
- A mettre en place plusieurs drains de REDON (deux à quatre ou six suivant l'importance des décollements et des poches excisées);
- A fermer en n'employant pas de fil non résorbable pour les plans profonds.
- Enfin à installer la compression par le procédé élastique habituel.

- - -

- DANS LES SUITES OPERATOIRES

- L'état général s'améliore souvent très rapidement, et quelquefois de façon spectaculaire. Mais si la courbe thermique revient à la normale en quelques jours - alors qu'elle était élevée depuis des semaines ou des mois - par contre la vitesse de sédimentation restera longtemps accélérée.

- Le traitement antibiotique sera si possible adapté aux résultats des antibiogrammes. Il sera poursuivi longtemps et doit associer plusieurs antibiotiques à fortes doses.

. d'abord mené par voie intra veineuse pendant huit à quinze jours,

. il sera ensuite intra musculaire ou si possible per os, pendant plusieurs mois, et ne sera interrompu qu'après l'ablation du dernier fixateur.

* - Le traitement anticoagulant est institué dès le 3e ou 4e jour post-opératoire, et poursuivi, sous contrôle hebdomadaire, jusqu'à la reprise de la marche.

- Les drains de REDON seront laissés aussi longtemps que l'écoulement par chacun d'eux n'est pas tari de façon complète et stable.

- Les pansements ne seront faits que tous les dix ou quinze jours. Il ne faut pas s'alarmer de la petite suppuration qui est habituelle le long des fiches, et veiller à ce que les élastiques de compression ne glissent pas vers la peau ou soient remplacés s'ils viennent à se rompre.

* - La rééducation du genou, rendue impossible par l'appareillage, est délibérément remise à plus tard, une fois les fixateurs ôtés et la marche reprise.

- Quand à cette date d'ablation des fixateurs, elle est bien difficile à fixer. Il n'est aucun critère radiologique qui soit capable de l'indiquer à cause de la rareté des ankyloses osseuses. Aussi nous sommes-nous pratiquement fondés sur trois critères essentiels :

a) - Une immobilisation d'au moins trois mois révolus.

b) - Une disparition complète des phénomènes inflammatoires cliniques: Cette "désinfiltration" de la hanche qui retrouve sa souplesse cutanée et sous-cutanée nous paraît être l'un des plus sûrs critères de guérison.

c) - Enfin, une sorte d'épreuve de marche pratiquée après l'ablation du fixateur frontal, en règle vers le 100ème jour. Le fixateur antérieur est laissé en place et le malade est mis sur pieds. Dès lors l'absence de douleurs à la marche a semblé nous autoriser à retirer le second fixateur, en moyenne 8 à 15 jours après l'ablation du premier.

- Une fois le malade "guéri" il faut cependant le suivre pendant plusieurs mois encore pour surveiller :

. tant son évolution clinique et radiologique,

. que le devenir de sa vitesse de sédimentation,

. que les progrès de la rééducation de son genou et le retentissement de cette ankylose de hanche sur ce même genou comme sur sa colonne lombaire.

oOo

V - LES RESULTATS OBTENUS

En raison des quelques malades perdus de vue au delà du troisième ou quatrième mois qui suivit l'intervention, nous envisagerons séparément les résultats immédiats et les résultats lointains.

1 - RESULTATS IMMEDIATS

- Nous avons à déplorer un décès :

C'est celui (obs. XVIII) d'une femme de 60 ans qui avait été opérée un mois auparavant d'une fracture du col du fémur et qui nous fut confiée pour une arthrite septique aiguë de hanche accompagnée de gangrène et d'un gigantesque sphacèle de la cuisse. Elle décéda au 30e jour post-opératoire dans un tableau d'adynamie et de toxi-infection.

- Chez les 19 malades restants, le résultat immédiat a été presque constamment très favorable ;

. Dans tous ces cas en effet, nous avons observé :
- une considérable et presque toujours rapide amélioration de l'état général
- une disparition des douleurs,
- une disparition de la fièvre dans les huit à dix jours qui suivirent l'intervention.
- l'absence enfin de complications thrombo-emboliques et d'accidents des antibiotiques.

. La date de reprise de la marche en appui n'est connue que dans 16 cas sur 19 :
- 13 fois sur 16 (soit dans 81 °/₀ des cas) cette date se situe entre le 90e et le 125e jour, donc dans le courant du quatrième mois, délai qui nous semble sans commune mesure avec ceux qu'imposait la classique immobilisation plâtrée.

- Quant aux trois cas où la reprise de la marche dépassa ce laps de temps, ils pourraient, pour un lecteur indulgent, bénéficier de circonstances atténuantes, tout au moins pour deux d'entre eux qui concernaient :

  . pour l'un : le premier malade de cette série, chez qui le fixateur externe fût associé à un plâtre pelvi-pédieux,

  . pour l'autre : une malade diabétique et en fort mauvais état général.

- Il faut cependant noter quatre complications qui sont un incident per-opératoire et trois ennuis infectieux :

  . L'incident per-opératoire est une fracture supra-condylienne du fémur, sans déplacement, survenue lors de la réduction du trochanter dans la cavité cotyloïdienne. Elle a nécessité la mise en place d'un fixateur externe portant le genou et a consolidé sans ennuis... mais sans favoriser la rééducation de ce genou (obs. IX)

  . Les 3 ennuis infectieux sont respectivement :

a)-Une importante suppuration sur les fiches de fixateur, avec apparition de deux abcès qu'il fallût inciser, chez une malade diabétique (obs. XIV).

b)-La non-fermeture d'un trajet de drainage postérieur qui resta fixtulisé pendant ... 28 mois et qui nécessita à cette date une excision suivie de suture (obs.I).

c)-Enfin une fistulisation d'origine trochantérienne qui se fit jour au quatrième mois. Elle n'empêcha pas la reprise de la marche mais imposa une excision et un curetage qui amenèrent la guérison en quinze jours (Obs.X).

2 - LES RESULTATS LOINTAINS

- Des vingt malades opérés, il nous faut ici n'en garder que quatorze. Parmi les 6 cas que nous devons éliminer, nous trouvons en effet :

  - Une malade décédée (Obs XVIII).

- Et cinq malades perdus de vue entre le 3e et le 6e mois d'une évolution qui s'annonçait très favorable puisqu'ils avaient tous une hanche sèche, indolore,immobile, en bonne position, et que deux d'entre eux même avaient repris la marche, respectivement au 120e et 160e jour. (Obs. XV, XVI, XVII, XIX et XX).

- A propos des 14 cas suivis et revus, nous envisagerons essentiellement ces résultats lointains, encore que six d'entre eux n'aient pas un an de recul, en insistant :

  . d'une part sur l'état de la hanche,
  . d'autre part sur l'état du genou.

(Cf. Tableau II)

A - L'ETAT DE LA HANCHE

- Du point de vue infectieux :

  . Nous n'avons à mentionner qu'une seule récidive ostéitique, déjà signalée plus haut (Obs. X) et d'ailleurs sans gravité.
  . Tous les autres cas ont retrouvé une hanche sèche, froide et indolore, et ceci de façon définitive... du moins jusqu'à ce jour puisque dans 8 cas seulement le recul est de plus de 12 mois.

- Du point de vue fonctionnel :

  . La marche est indolore et n'est pas gênée outre mesure par le reccourcissement que compense un talon de 3 à 5 cm suivant les cas.

  . La démarche par contre est ce qu'elle est chez les sujets porteurs d'une arthrodèse de hanche, c'est-à-dire que la bascule du bassin à chaque pas entraîne une boiterie : la plupart de nos malades marchent avec une canne. Deux seulement peuvent s'en dispenser, deux autres marchent avec une canne-béquille.

  . Le degré... d'immobilité enfin est assez variable et par le type d'ankylose obtenue ce point mérite que l'on s'y arrête :

- En effet six malades seulement ont une ankylose complète de de la hanche :

  . chez 5 d'entre eux il s'agit radiologiquement d'une ankylose fibreuse serrée,

  . un seul malade donc est radiologiquement arthrodésé de façon certaine : or, il s'agit précisément du seul malade (Obs. XI) chez qui le montage par fixateur a été associé à une greffe iliaque après échec d'une tentative d'arthrodèse par simple avivement.

- Dans les huit autres cas, la hanche a gardé une petite mobilité qui ne dépasse guère 5 à 10 degrés de flexion et parfois autant d'abduction.

En somme, si l'on excepte cette observation n° XI, où la fusion osseuse est due à des conditions très particulières, toutes nos guérisons sont le fait d'une ankylose fibreuse plus ou moins serrée (même lorsque l'immobilisation a été prolongée au-delà du quatrième mois) : cette constatation est d'importance et semble susceptible de modifier notre actuelle conception des suites opératoires. Elle ne peut manquer en effet de faire jaillir la question suivante : puisque l'on n'obtient pas d'arthrodèse vraie même en prolongeant l'immobilisation, alors pourquoi ne pas la raccourcir ?

- Cette immobilisation moins longue, qui ne dépasserait pas 80 ou 90 jours, permettrait probablement d'obtenir une ankylose fibreuse suffisante pour donner une hanche stable, et suffisamment serrée pour mettre à l'abri d'un réveil infectieux.

- Elle permettrait surtout d'autoriser et d'entreprendre plus précocement la rééducation du genou.

B - L'ETAT DU GENOU

Il est en effet préoccupant et ce retentissement articulaire sous-javent est indiscutablement à mettre au passif de la méthode.

- C'est un genou raide : raideur qui n'a peut être pas l'importance fonctionnelle qu'elle aurait chez des sujets à hanche mobile, mais qui n'en est pas moins considérable puisque sur 14 malades revus, huit d'entre

eux ont une flexion du genou qui n'atteint pas 45 degrés, et quatre d'entre eux seulement ont un genou dont la flexion approche ou atteint l'angle droit.

- De surcroît ce genou raide est exposé aux conséquences de l'ankylose sus-jacente, et les plus anciens de nos opérés ont déjà un genou douloureux, déformé en valgum par distension ligamentaire interne, et dont les examens radiographiques clament l'arthrose installée ou menaçante avec pincement interne de l'interligne. Ces mêmes malades se plaignent aussi, bien sûr, de douleurs lombaires : comment pourrait-il en être autrement ?

Ainsi les résultats lointains sont assombris par les conséquences habituelles des ankyloses de hanche : mais n'est-ce pas à ce prix seulement que ces malades pouvaient acheter la guérison de leur ostéo-arthrite ?

oOo

	MONTAGE	MARCHE	AB.FIXAT.	DELAI	HANCHE	GENOU
Obs.I	1 fix + Plâtre	120°	120°	5 ans	ab=10	E=0 F=30
Obs.II	1 fix	90°	90°	3,5 ans	0	E= - 5° F = 25°
Obs.III	2 fix.	100°	135 et 150°	16 mois	0	E=0° F=95°
Obs.IV	1 fix.	100°	120°	15 mois	0	E=0 F=90
Obs.V	2 fix.	100°	120-127°	15 mois	F=25°	E=0 F=45
Obs.VI	2 fix.	90°	82 - 90°	14 mois	F = 5°	E = 0 F = 45
Obs.VII	2 fix.	150°	150°	12 mois	F=10°	E= 0 F = 40
Obs. VIII	2 fix.	125°	125°	12 mois	0	E=0 F=90
Obs.IX	2 fix.	85°	120-127°	10 mois	F = 5°	E = 0 F = 10
Obs.X	2 fix.	120)	120° - 210°	10 mois	F=10°	E=0 F= 35
Obs.XI	2 fix.	110°	100 - 170°	8 mois	Ank. oss.	E = 0 F = 25°
Obs.XII	2 fix.	120°	160°-190°	8 mois	F= 5°	E = 0 F= 15
Obs. XIII	2 fix.	90°	90°	6 mois	0	E=0 F=85
Obs.XIV	2 fix.	165°	105-115°	6 mois	F=10°	E=0 F=15

TABLEAU II

CONCLUSIONS

= La longueur, la servitude et les échecs de l'immobilisation plâtrée en tant que traitement des arthrites septiques de hanche incitait à lui substituer une autre thérapeutique, qui ne comportât ni les insuffisances des incisions de drainage, ni les incertitudes des résections de la tête et du col, ni les inconvénients des trochanteroplasties de Colonna.

= La résection de hanche suivie de coaptation trochantero-cotyloïdienne par fixateur externe à compression semble devoir répondre à ces exigences :

- Elle a pour prix la perte d'une fonction articulaire, mais c'est celle d'une articulation très compromise par l'infection et par la destruction osseuse qui l'accompagne habituellement.

- Elle a pour inconvénient majeur de n'être pas inoffensive pour le genou qu'elle enraidit et qu'elle expose, dans les années suivantes, aux distorsions ligamentaires, au valgum et aux altérations cartilagineuses.

- Elle a pour intérêt d'assurer, habituellement par la grâce d'une ankylose fibreuse serrée, une hanche stable, indolore, immobilisée en bonne position, et, semble-t'il, à l'abri de réveils infectieux tardifs, comme en témoignent les résultats obtenus sur une série de 20 cas :

= Sur 20 malades opérés : 19 d'entre eux ont vu leur état général se transformer, leur suppuration se tarir, et leur température revenir à la normale.

= Sur 16 malades suivis : 13 d'entre eux, soit 80 %, ont repris la marche dans le courant du quatrième mois.

= Sur 14 malades revus : un seul d'entre eux a présenté, au 120e jour, une recurrence infectieuse d'origine ostéitique, d'ailleurs sans lendemain et qu'il y a tout lieu de penser définitivement enrayée.

Ainsi il s'agit d'une intervention qui n'est pas sans inconvénient puisqu'elle engage très lourdement l'avenir du genou et sans doute aussi celui du rachis lombaire : malgré tout ce retentissement reste un peu secondaire si l'on veut bien considérer l'extrême gravité des cas pour lesquels cette intervention a été entreprise, puisqu'il s'agissait bel et bien dans plusieurs cas de sauver la vie d'un malade.

La résection de hanche suivie de coaptation trochantero-cotyloïdienne par fixateur externe nous semble donc, par la régularité et l'excellence de ses résultats au moins immédiats, devoir prendre une place de choix dans le traitement de cette redoutable affection qu'est l'arthrite suppurée de hanche chez l'adulte.

ooOoo

RESUME DES OBSERVATIONS

OBSERVATION I : Mr PIL...

- 48 ans.

- Le 8.5.1961 : réduction et ostéosynthèse d'une coxa vara traumatique datant de huit mois.

- Au 30e jour : fistulisation d'un hématome suppuré.

- De JUIN 61 à FEVRIER 62 : subit successivement :

  - une immobilisation plâtrée,
  - une large mise à plat,
  - la ponction du abcès du Scarpa,
  - puis une ablation de matériel.

- Intervention le 3 Février devant la persistance de la suppuration (un fixateur + plâtre + draînage postérieur par lame).

- Germe : pyocyanique + staphylocoque blanc "non pathogène".

- Suites : - Apyrexie rapide,
  - Ablation du pelvi-pédieux et fu fixateur au 4e mois.

  - Garde pendant 28 mois une fistulisation du trajet de drainage postérieur, qui imposa une excision-suture en Octobre 1964.

- Revu en Avril 1967 :

  - Aucune récidive infectieuse.
  - Hanche : discrète abduction (10°) passive.
  - Genou raide F = 30 et douloureux, déformé en valgum. Pas de douleurs lombaires.
  - Marche avec une canne-béquille.

***

OBSERVATION II : Mme ROO...

- 58 ans.
- Le 20.XII.1961 : prothèse d'Austin Moore pour pseudarthrose du col fémoral.
- Au 20e jour : apparition d'un hématome suppuré.
- Subit alors : - Deux incisions de drainage successives,
  - Puis une extension continue de 21 jours.
- Malade vue en Juin 1963, avec une fistulisation trochantérienne, une hanche et un genou raides ?
- Préparation de 8 jours.
- Intervention le 2.VII.63.
- Germe : Staphylocoque doré.
- Suites : - Apyrexie rapide,
  - Ablation des Redon au 15e jour.
  - Ablation du fixateur au 90e jour.
  - Reprise de la marche au 90e jour.
- Revue en Avril 1967 :
  - N'a jamais représenté de phénomènes infectieux.
  - Raccourcissement de trois cm.
  - Hanche immobile, en bonne position.
  - Genou très enraidi (E = - 5, F = 25), douloureux, déformé en valgum, avec pincement interne de l'interligne.

***

OBSERVATION III : Mme FAU...

- 71 ans.
- Suppuration sur prothèse d'AUSTIN MOORE ;
- Préparation de 13 jours.
- Intervention le 22.11.66
- Germe : Staphylocoque doré.
- Suites : - Apyrexie au 12e jour.
  - Ablation des Redon au 25e, 41e et 47e jour.
  - Appui au 100e jour.
  - Ablation des fixateurs au 135e et 150e jour

- Revue en Avril 67 : - Pas d'ennui infectieux.
  - Hanche immobile.
  - Marche sans canne.
  - 5 cm de raccourcissement
  - Genou : dépasse 90° de flexion.

***

OBSERVATION IV : Mme BOU...

- 69 ans.
- EN 1962 : fracture du col enclouée.
- Mai 1963 : ablation du clou.
- Février 1964 : réintervention pour nécrose céphalique... infectée : suppure pendant 15 jours.
- Vue en Janvier 1966 : - douleurs intenses,
  - hanche raide (F = 35°),
  - disparition complète de l'interligne.
- Intervention le 4 Janvier 1966 ;
- Germe : non retrouvé.
- Suites : - apyrexie rapide,
  - ablation du Redon au 13e jour
  - ablation du fixateur au 120e jour
  - Mise en appui au 120e jour.
- Revue en Avril 1967 : - Aucun phénomène infectieux.
  - Hanche parfaitement immobilisée.
  - Genou : fléchit à 90°.
  - Marche avec une canne.

***

- OBSERVATION V : Mr ELI...

- 45 ans.
- Polytraumatisé vu au 4e mois, présentant notamment une coxa vara après fracture du col fémoral.
- Ostéotomie de valgisation (Clou-plaque) le 25.IX.1964.
- Au 30e jour : fistulisation d'un hématome suppuré.
- Du 25.X.1964 au 15 Nov. 1965 : subit à trois reprises l'excision de trajets fistuleux menant sur le col et le trochanter.
- Préparation de 10 jours.

- Intervention le 15 Novembre 1965 devant la persistance de la suppuration.

- Germe : Staphylocoque doré.

- Suites : - Apyrexie au 8e jour.
  - Ablation des Redons au 35e, 49e, et 78e jour.
  - Appui au 100e jour.
  - Ablation des fixateurs au 120e et 127e jour.

- Revu en Mars 1967 :

  - Aucun ennui infectieux.
  - Marche avec une canne.
  - Hanche : F = 25 ; Abd. = 15.
  - Genou : fléchit à 45°.

***

OBSERVATION VI : Mme PAR...

- 73 ans.
- Fracture du col en Mars 1965 : clou-plaque.

- Fracture sous-trochantérienne homolatérale en Juin 65 : clou "à clavette".

- Episode fébrile au 30e jour, suivi de douleurs de la hanche, de plus en plus vives, contraignant vite à arrêter la rééducation : cliniquement, radiologiquement et biologiquement l' arthrite septique est évidente (avec V.S. à 96-137).

- Préparation de un mois.

- Intervention le 20 décembre 1965.

- Germe : non retrouvé.

- Suites : -Apyrexie au 3e jour.
  - Ablation des Redon au 35e jour.
  - Ablation des fixateurs au 82 et 90e jour.
  - Appui au 90e jour.

- Revu en Mars 1967 :
  - Aucun ennui infectieux.
  - Marche avec une canne.
  - Hanche très légèrement mobile (abduction d'environ 5 degrés).
  - Genou : n'en souffre pas, mais ne le fléchit pas au-delà de 45°.

***

OBSERVATION VII : Mme MAR...

- 68 ans.
- "Cup" en Mars 1965 pour coxarthrose droite.
- Suppuration immédiate, qui dure trois mois.
- Plusieurs épisodes infectieux dans les mois suivants.
- Vue en Avril 1966, avec bascule de la "cup", fièvre, marche impossible, hyperleucocytose, et subluxation du moignon de col.
- Préparation de huit jours.
- Intervention le 14 avril 1966.
- Germe : non retrouvé.
- Suites : -Apyrexie rapide,
  - Ablation du Redon au 13e jour.
  - Marche sans appui au 4e mois.
  - Ablation des fixateurs et marche avec appui au 150e jour.
- Revue en Février 1967 :
  - Pas de récidive infectieuse.
  - Hanche un peu mobile (F = 10°)
  - Raccourcissement de 3 cm.
  - Marche avec une canne.
  - Souffre du genou dont la mobilité est très diminuée (F = 40°)

***

OBSERVATION VIII : Mme BERK...

- 66 ans.
- Fracture du col en Décembre 1962 : enclouage.
- Infection immédiate.
- Clou remplacé en Novembre 1963 par une tête de MOORE.
- Vue en Février 1966 avec une fistule trochantérienne et une luxation de la prothèse.
- Intervention le 17 Février 1966.
- Germe : stéphylocoque blanc "non pathogène".
- Suites :
  - Apyrexie au 9e jour.
  - Ablation des Redon au 45e jour
  - Appui au 125e jour
  - Ablation des fixateurs au 125e jour.

- Revue en Mars 1967 : - Aucune récidive infectieuse.
  - Hanche immobile et indolore.
  - Marche avec une canne-béquille.
  - Genou : atteint 90 degrés.

***

OBSERVATION IX : Mme OSM...

- 63 ans.
- Fracture du col fémoral le 19 septembre 1963 : réduite et fixée par une vis de Cabanac.
- Le 12 Janvier 1966 : tête de MOORE pour pseudarthrose du col.
- Suppuration immédiate : mises en traction pendant quatre mois.
- Vue en MAI 1966 : hanche chaude et douloureuse, fièvre à 39°, luxarion de la prothèse.
- Préparation de 15 jours.
- Intervention le 1er juin 1966. (avec fracture supra-condylienne)
- Germe : non retrouvé.
- Suites : - Apyrexie rapide,
  - Ablation des Redon au 35e et 37e jour.
  - Appui au 85e jour.
  - Ablation des fixateurs au 120e et 127e jour.
- Revue en Mars 1967 :
  - Aucun ennui infectieux.
  - Hanche très légèrement mobile (F = 5°).
  - Genou très enraidi (F = 10°)
  - Marche avec une canne.

***

OBSERVATION X : Mr ARC...

- 63 ans.
- Fracture du col fémoral le 31 Juillet 65 : clou-plaque.
- Infection immédiate.
- Ablation du clou-plaque ... le 4 Mars 66
- Vu en Mai 66, fistulisé, dans un état général désastreux.

- Préparation pré-opératoire de 1 mois.

- Intervention le 18 Juillet 1966.

- Germe : Proteus + enterocoque.

- Suites : - Apyrexie au 10e jour.
  - Ablation des Redon au 28e et 80e jour.
  - Appui au 120e jour.

  A la même date : fistulisation trochantérienne, nécessitant une reprise pour excision.

  - Ablation des fixateurs AU 120e et 210e jour.

- Revu en Mars 67 :

  - Aucune récidive infectieuse.
  - Hanche un peu mobile (10° de flexion),
  - Le genou ne fléchit qu'à 35°.

****

OBSERVATION XI : Mme BER...

- 52 ans.

- En Juin 1965 : fracture du cotyle avec luxation de la hanche, réduite et opérée.

- Vue en Octobre 1965 avec une nécrose céphalique pour laquelle on pratique le 30 Octobre 1965 une tentative d'arthrodèse par avivement et immobilisation plâtrée car l'aspect local des lésions évoquait une infection tropide et semblait donc interdire la mise en place d'une prothèse.

  En fait la culture et l'examen histologique ne mettront en évidence ni germe ni réaction inflammatoire, ... mais les choses vont se compliquer :

- Au 20e jour apparaît un hématome suppuré qui nécessite une réintervention pour excision et comblement par mèches iodoformées. Germe : Staphylocoque doré.

  L'évolution ultérieure fera regretter de n'avoir pas dès cette date pratiqué une immobilisation par fixateurs. En effet :

  - Malgré la disparition des signes inflammatoires,
  - malgré la reprise de la marche au 100e jour, avec une hanche un peu mobile,
  - le caractère progressivement croissant des douleurs à l'appui devait faire décider d'une arthrodèse en Août 1966.

- Intervention le 11 Août 1966 (avec greffe et décortication)

- Suites simples, avec reprise de la marche au 100e jour.

- Revue en Mars 1967 : avec une hanche parfaitement arthrodésée, sans que soit apparue depuis aucune récidive infectieuse.

A dire vrai cette observation mériterait à peine de figurer dans notre série d'arthrites aiguës ou subaiguës si elle n'illustrait pas ce que l'on peut attendre de la coaptation trochantero-iliaque montée par fixateur externe dans le traitement des séquelles des arthrites aiguës de hanche : bien qu'elle fut ici associée à une greffe d'os iliaque, c'est à ce titre qu'il nous a semblé utile de la rapporter.

***

OBSERVATION XII : Mr BRI...

- 63 ans.
- Coxarthrose très invalidante.
- Mac MURRAY le 16 Sept. 1965.
- Au 9e jour : écoulement sero-purulent : staphylocoque doré.
- Réintervention précoce, au 11e jour : ablation des vis et montage de l'ostéotomie par fixateur externe, suivie d'immobilisation plâtrée.
- Consolide tant bien que mal, mais dans l'année qui suit apparaissent plusieurs épisodes infectieux avec abcédations et fistulisations.
- Intervention en Septembre 1966, pour arthrite subaiguë.
- Germe : non retrouvé (Tt antibiotique continu depuis 6 mois)
- Suites :
  - Apyrexie au 6e jour.
  - Ablation des Redon au 16e, 23e et 32e jour.
  - Reprise de la marche au 120e jour,
  - Ablation des fixateurs au 160e et 190e jour.
- Revu en Mai 1967 :
  - Pas de récidive infectieuse.
  - Hanche sèche, avec une petite flexion (5°).
  - Genou encore très raide (F = 10°).

***

OBSERVATION XIII : Mr PAI...

- 51 ans.
- Prothèse acrylique en 1951 pour coxarthrose.
- Fistulisé depuis quinze ans, avec une hanche douloureuse et peu mobile (F = 25°).
- Intervention en Octobre 1966.
- Germe : non retrouvé.
- Suites : - Apyrexie rapide.
  - Ablation des Redon au 17e jour
  - Ablation des fixateurs au 90e jour, en même temps qu'est reprise la marche.
- Revu en Avril 1967 : - Aucun ennui infectieux.
  - Hanche parfaitement immobile mais radiologiquement l' arthrodèse est douteuse.
  - Marche sans canne.
  - Genou indolore ; fléchit à 90°.

***

OBSERVATION XIV : Mme NEX...

- 65 ans, diabétique.
- Le 17 Nov. 1965 : prothèse céphalique pour nécrose de la tête après fracture du cotyle.
- Au 45e jour apparaît une petite suppuration de la cicatrice, bien que la malade ait été mise aux antibiotiques pendant trois semaines. Sur la foi d'une température et d'une numération normale, malgré une V.S. très accélérée (80-120), on a le tort de penser que cette infection est superficielle, et la malade quitte le service pour poursuivre sa rééducation.
- Revue en Avril 66 : avec douleurs très vives à l'appui et une V.S. à 95-127 : on pratique alors une ablation de la prothèse et une mise en traction-suspension. Pas de culture du liquide "louche" trouvé à l'intervention, mais la suite des évènements en indique assez clairement la nature : malgré la traction, malgré les antibiotiques et... malgré l'apyrexie on voit en effet réapparaître une fistulisation à staphylocoques dorés.
- Le 1er Nov. 66 enfin : coaptation trochantero-iliaque par fixateurs.
- Suites : - Troublées en Déc. 66 puis en Jan. 67 par l'apparition d'abcès au niveau des fiches de fixateurs.

- Ablation des fixateurs au 105e et 115e jour.
- Reprise de la marche au 165e jour.

- Revue en Mai 67 : - Pas de récidive infectieuse.
  - Hanche un peu mobile (F = 10°)
  - Genou très raide (F = 15°)
  - Marche encore avec deux cannes-béquilles.

***

OBSERVATION XV : Mme LAN...

- 41 ans.
- Arthrite aiguë avec injections d'hydrocortisone, en Avril 62.
- Intervention le 5 Mai 62 (un seul fixateur associé à un plâtre pelvi-pédieux).
- Germe : preuve bactériologique égarée.
- Suites : la malade a été envoyée à BERCK et n'a pas été revue, mais nous avons appris :
  - qu'au 120e jour elle a repris la marche,
  - que le fixateur a été oté au 180e jour,
  - qu'au 10e mois elle avait une hanche solide, indolore, immobilisée en bonne position et lui permettant une marche sans canne.

***

OBSERVATION XVI : Mme MAZ...

- 79 ans.
- Fracture du col enclouée en 1955.
- Consolidation, puis ablation du clou... mais quand la malade est vue en 1962, elle est fistulisée depuis 7 ans.
- Intervention le 19 Juillet 1962.
- Germe : staphylocoque doré.
- Suites : - apyrexie au 2e jour.
  - A quitté le service au 90e jour avec son fixateur, devant revenir un mois plus tard. Depuis ??

***

OBSERVATION XVII : Mr RIO...

- 58 ans.
- Fracture du col en Juin 61 : traitée par vissage et greffe pédiculée.
- Au 30e jour : évacuation par ponction d'un petit hématome que la culture montre aseptique.
- Evolution immédiate favorable, mais quelques mois plus tard apparaît une fistule à la partie moyenne de la cicatrice : d'abord traité par curetage de la cavité suivi de comblement par compresses vaselinées, le malade nous est ensuite réadressé, porteur d'une osteo-arthrite de hanche fistulisée avec luxation de la tête fémorale.
- Intervention le 21 Août 1962. (Un fixateur avec pelvi-pédieux)
- Germe : non retrouvé.
- Suites : - Apyrexie au 3e jour.
  - Le drainage postérieur, par lame, met plusieurs semaines à se fermer.
  - Reprise de la marche et ablation du fixateur au cinquième mois.
- Décédé de cause inconnue de nous au troisième mois après sa sortie du service.

***

OBSERVATION XVIII : Mme CAT...

- 60 ans.
- Fracture du col début Janvier 1962 ; enclouage.
- Vue au 30e jour, dans un état dramatique, porteuse d'une infection massive de la hanche avec gangrène et sphacèle cutanée de la cuisse.
- Intervention le 7 Février 62.
- Germe : non précisé.
- Décès au 30e jour post-opératoire, dans un état adynamique et toxi-infectieux majeur.

***

OBSERVATION XIX : Mme TRO...

- 66 ans.
- Arthrite aiguë après injections d'hydrocortisone pour coxarthrose.

- Après échec d'une arthrotomie de drainage, la malade nous est adressée, trois mois après le début de l'infection.

- Malgré le traitement antibiotique, malgré l'évacuation d'un abcès apparu sur l'ancienne cicatrice de drainage et la mise en traction-suspension, l'état infectieux reste sévère et s'aggravera d'un épisode septicémique avec hémoculture positive au staphylocoque blanc "non pathogène".

- Intervention le 22 Novembre 65.

- Suites : - Apyrexie au 15e jour.
  - Ablation des Redon au 25e et 35e jour.
  - Perdue de vue au 90e jour, abrs qu'elle partait en convalescence.

***

OBSERVATION XX : Mr MAR...

- Géode cotyloïdienne gauche, chez un homme de 43 ans, bien limitée, évoquant une dysplasie fibreuse.

- Curetage le 29.VII.66.

- Les suites immédiates sont simples et le malade sort, apyrétique, au 20e jour. Mais l'examen histologique hésite entre une dysplasie fibreuse et un abcès chronique de Brodie ou une tuberculose ancienne, et l'examen bactériologique du prélèvement per-opératoire met en évidence un staphylocoque blanc.

- Le malade est revu en Octobre 66 avec une ostéo-arthrite évidente.

- Intervention le 22 Octobre 1966 après 15 jours de traitement antibiotique.

- Non revu depuis le 45e jour post-opératoire.

ooOoo

Vu, le Président de Thèse :

R. JUDET

Vu, le Doyen de la Faculté :

G. BROUET

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris

Jean ROCHE

agemp
EDITIONS
40 R. Pascal
PARIS 13e
TELEPHONE
535 : 18—93
535 : 18—62